



CONDADO DE SAN BERNARDINO
APLICACIÓN PARA UNA COPIA CERTIFICADA O UNA BUSQUEDA
DE REGISTRO DE DEFUNCIÓN

Larry Walker
 Auditor/Controller-Recorder
 County Clerk

INFORMACIÓN: Registros de defunción solo son disponibles por los fallecimientos que ocurrieron en el Condado de San Bernardino. Por cualquier otro registro de defunción usted debe ponerse en contacto con el condado donde ocurrió el fallecimiento o puede ponerse en contacto con: State Office of Vital Records-M.S.5103, P.O. Box 997410, Sacramento, CA 95899-9710. Numero de teléfono: (916)445-2684.

INSTRUCCIONES: Complete una aplicación par cada registro de defunción que pida. **Debe llenar todas las secciones por completo.** El costo es \$12.00 por cada copia certificada de registro de defunción. Si no se encuentra el registro de defunción, el costo de \$12.00 se detendrá por la búsqueda y un Certificado de No Record se le dará.

OPCIONES DE PAGO:

Por Correo: El costo es \$12.00 por cada copia certificada. Por favor mande la aplicación completa y los costos apropiados con un cheque / giro postal o tarjeta de crédito(Visa o Mastercard solamente) a nombre de: San Bernardino County Recorder's Office, 222 West Hospitality Lane, San Bernardino, CA 92415. Por favor permita 3-5 semanas para procesar. (Giro Postal Internacional solo para pedidos fuera del país)

EN PERSONA-Cheque o en efectivo para servicio del mismo día.

INFORMACIÓN SOBRE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN-POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE			
1. De toda la información que usted tiene disponible para la identificación del registro. Si la información que usted proporcione esta incompleta o equivocada, puede ser imposible de localizar el registro. 2. El Condado puede proveer una copia certificada del registro de defunción a una persona autorizada solamente. Si el solicitante no satisface los requisitos de una persona autorizada (como se describe conforme al Código 103650, de Salud y Cuidado) el Registro del Condado solo puede otorgar una copia certificada del registro de defunción <i>informativa</i> con la anotación “INFORMATIVA, NO ES UN DOCUMENTO VALIDO PARA ESTABLECER IDENTIDAD.” Esta sección de la aplicación debe ser completada antes de someterla y no se le ara devolución de dinero o cambios después que la copia sea otorgada. Por favor indique el número de copias certificadas que esta solicitando.			
Nombre del Difunto-Primer Nombre	Segundo	Apellido	
Ciudad Donde Falleció		Fecha de Fallecimiento	
Indique Sí Solicita Copia “Certificada” o Copia “Informativa”		Numero de Copias Solicitadas	
INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE- POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE			
1. En persona -El Condado de San Bernardino requiere identificación con foto. Solicitantes necesitaran firmar la aplicación en presencia de un trabajador. 2. Por Correo -Complete esta sección pero no firme la anotación bajo pena de perjurio. Mire el reverso de esta forma.			
Propósito Por Cual el Certificado Será Usado		Parentesco Con el Difunto(a)	
Nombre De La Persona Completando La Solicitud		Numero de Teléfono de DIA-Código de Área Primero	
Domicilio-Numero, Calle, y Unidad# (sí aplica)	Ciudad	Estado	Zona Postal
<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo en que no usare el registro de defunción obtenido de esta solicitud o cualquier parte de esto, para propósitos fraudulentos. <input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo en que no usare el registro de defunción obtenido de esta solicitud o cualquier parte de esto, para propósitos fraudulentos. Estoy firmando mi nombre legal y es una persona autorizada conforme al Código 103526, de Salud y Cuidado. Yo declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que lo antedicho es correcto y verdadero.			
_____		_____	
Fecha		Firma	
BELOW SECTION FOR RECORDER'S USE ONLY			
Local Registration Number	Amendment Number(s)	Bank Note paper Number(s)	Reg Info.Cpy CTF.No Record <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Date Processed	(Circle One) Counter Mail	Type of I.D. and Identifying Numbers	Clerk's Initials

POR CORREO-Pago puede ser por cheque, giro postal o giro de banco, cheque viajero, Visa o Mastercard. Por favor marque la caja apropiada:

Cheque Incluido Giro Postal / Cheque Viajero

Tarjeta de Crédito # _____ Código-V _____
(Código-V son los 3 últimos números en la línea de firma localizado detrás de su tarjeta)

Tipo de Tarjeta _____ Fecha de Expiración _____
(Visa o Mastercard) (suje to a cuota de procesamiento)

IMPORTANTE

Persona Desautorizada/Copia Informativa – Por favor firme abajo.

Estoy de acuerdo en que no usare el registro de nacimiento obtenido de esta solicitud o cualquier parte de esto, para propósitos fraudulentos.

Firma

Persona Autorizada/Copias Certificadas Regular – El solicitante necesitara firmar bajo pena de perjurio frente de un notario publico antes de someter la aplicación. Por favor anote: Cuando este pidiendo varias copias de certificados, todos deben ser firmados, pero solo una solicitud necesita ser notariada.

Estoy de acuerdo en que no usare el registro de nacimiento obtenido de esta solicitud o cualquier parte de esto, para propósitos fraudulentos. Estoy firmando mi nombre legal y es una persona autorizada conforme al Código 103526, de Salud y Cuidado. Yo declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que lo antedicho es correcto y verdadero.

Firma

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGMENT

State of _____
County of _____ } ss.

On _____ before me, _____
(Name & title)

Personally appeared _____ personally
Known to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.
WITNESS my hand and official seal.

(NOTARY SEAL)

NOTARY SIGNATURE